

# Tratamientos psicoterapéuticos en las toxicomanías y patologías psiquiátricas asociadas

(Psycho-therapeutic treatments drug-addictions and associated psychiatric pathologies)

Landabaso Vázquez, Mikel  
Osakidetza – Servicio Vasco de Salud  
Centro de Drogodependencias de Barakaldo  
Bermioxa, 2  
48901 Barakaldo

BIBLID [1577-8533 (2001), 4; 211-220]

---

Se abordarán las diferentes patologías psiquiátricas asociadas al consumo de diversas drogas, haciendo hincapie en los denominados actualmente Trastornos Duales así como de la similitud entre el proceso adictivo y el curso de algunas enfermedades mentales. Así mismo se expondrán las posibles patologías psiquiátricas a largo plazo derivadas del uso/abuso de drogas y de las intervenciones psicoterapéuticas que en la actualidad más se utilizan.

Palabras clave: Trastorno Dual. Esquizofrenia. Intervención.

Hainbat drogaren kontsumoari atxikiriko patologia psikiatrikoak aztertzen dira hemen, bereziki egun Desoreka Dualak deiturikoak, bai eta drogamenpetasun prozesuaren eta zenbait buru eritasunen bilakabidearen arteko antzekotasuna ere. Era berean, epe luzera drogen erabilera edo abusuaren ondorioz gerta litezkeen patologia psikiatrikoak azaltzen dira, bai eta egun gehien erabiltzen diren jarduera psikoterapeutikoak ere.

Giltz-Hitzak: Desoreka Duala. Eskizofrenia. Partehartzea.

On aborde les différentes pathologies psychiatriques associées à la consommation de diverses drogues, en mettant l'accent sur ce qu'on appelle actuellement les Trastornos Duales (Dérangements Duales) ainsi que sur la similitude entre le processus de dépendance et le cours de quelques maladies mentales. On exposera également les pathologies psychiatriques possibles à long terme dérivées de l'usage/abus de drogues et des interventions psychothérapeutiques qui sont les plus utilisées actuellement.

Mots Clés: Dérangement Dual. Schizophrénie. Intervention.

Resulta difícil hablar de patología asociada a otra patología y más si hablamos de trastornos adictivos, donde hay una patología, la adicción, donde además hay patologías físicas derivadas de la marginación e ilegalidad (hepatitis B, C, HIV) y de esta marginación e ilegalidad patología social; si a todo esto añadimos patología psiquiátrica vamos a tener todo un tratado clásico de patología en una sola persona.

Las drogodependencias han sido, y son, trastornos que han despertado escaso interés entre los profesionales de la medicina. La consideración de las conductas adictivas como un “vicio”, como una “falta de voluntad” marcaron hasta no hace mucho no sólo la “idea popular” sino los recursos socio-sanitarios y terapéuticos para tratar a esta población.

Sin embargo el descubrimiento, por los años 70, del sistema opióide (receptores, ligandos endógenos, ...) y posteriormente a los 80-90 el sistema cannabinoide supuso una catarsis tanto en la investigación básica como en clínica. Nuestros pacientes dejaron de ser “viciosos” para empezar a convertirse en enfermos (recordar lo que se pensaba no hace muchos años de los enfermos mentales, como poseídos o endemoniados). El hecho que los seres humanos tuvieran receptores para drogas exógenas no podría explicarse por la evolución Darwiniana, el uso o abuso por generaciones precedentes de drogas no podría producir mutaciones en la carga genética del ser humano para la aparición de sistemas tan complejas en las generaciones presentes. La explicación más sencilla, y en ciencia suele ser la más acertada, es que siempre habrían existido y que tendrían una razón de ser y existir.

Y en ese punto nos encontramos, cuáles son las razones de ser y existir de esos sistemas y su relación con otros sistemas de neurotransmisión.

Durante años hemos estado pensando en mecanismos sociales y psicológicos que mantenía la adicción. Desintoxicábamos a un paciente pero esta tarde o temprano recaía, lo enviábamos a una comunidad terapéutica y a la vuelta recaía. Tendría que existir algo más que explicara esa evolución crónica y recidivante.

Desde hace unos años se viene hablando de los trastornos duales o de comorbilidad.

La Patología Dual se define como la coexistencia del abuso/ dependencia de sustancias, con un trastorno psíquico definido.

Frecuentemente se denomina también “Comorbilidad”.

La dificultad estriba en diferenciar la secuencia de aparición, es decir el abuso/ dependencia de sustancia o el trastorno psíquico en primer lugar.

En la actualidad, se trata de un tema que está generando una gran cantidad de estudios en los últimos años, ya que se considera que los trastornos

psicopatológicos asociados a las drogodependencias son un aspecto clave en el abordaje terapéutico de estos pacientes, existiendo una relación inversa entre la severidad de la psicopatología y el éxito terapéutico.

Lógicamente, la preocupación de los profesionales por el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico de pacientes drogodependientes ha aumentado considerablemente estos últimos años, ya que como se ha mencionado anteriormente, detrás del fracaso terapéutico de ciertos pacientes se encuentra en frecuencia una patología psiquiátrica.

Es importante resaltar que el abordaje constituye en la actualidad uno de los aspectos fundamentales de los programas asistenciales: por su elevada prevalencia, por su significado con relación al pronóstico y por su complejidad a la hora de establecer un diagnóstico y elaborar un programa terapéutico.

Lo que es evidente es que este tipo de pacientes representan un claro reto diagnóstico y terapéutico, de ahí la importancia de realizar una revisión de la patología dual o comorbilidad, entre los trastornos psíquicos con el abuso/ dependencia de sustancias.

Posibles causas:

- Acción de la droga sobre S.N.C.
- Trastorno psiquiátrico y dependencia son concomitantes.
- Trastorno psiquiátrico originado por enfermedad física secundaria al consumo de drogas.
- Fingimiento.

Relación etiológica

- Trastorno psiquiátrico primario ocasiona uso, abuso o dependencia de sustancias.
- Uso, abuso o dependencia de sustancias ocasiona sintomatología psiquiátrica secundaria.
- Sintomatología psiquiátrica y abuso de sustancias constituyen trastornos primarios.

## EPIDEMIOLOGÍA

Según diferentes estudios epidemiológicos, la prevalencia de enfermos psiquiátricos que presentarían un trastorno relacionado con el consumo de sustancias estaría situado entre el 25% y el 58% (para algunos autores este porcentaje se situaría entre el 60% y el 85%), mientras la prevalencia en la población general se estima entre el 15% y el 35%.

Esta disparidad de cifras a la hora de evaluar la comorbilidad psiquiátrica ligada al consumo de sustancias demuestra que estamos ante un fenómeno muy complejo, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también epidemiológico: por la dificultad que presentan la definición terminológica, la metodología de evaluación, la influencia recíproca de los trastornos y del consumo concomitante de otras sustancias, la diferente composición y formación de los equipos, la difícil verificación de los trastornos psíquicos previos al consumo de sustancias, el establecimiento de criterios de inclusión y de exclusión en los estudios; y las muestras, con frecuencia sesgadas... (Casas, 1998).

Centrándose en los estudios de prevalencia según la muestra poblacional, destacan:

- . Estudios Realizados en Dispositivos de Tratamiento de Drogodependencias.
- . Estudios Realizados en Dispositivos de Atención Psiquiátrica.
- . Estudios Realizados en Población General.

Desde el punto de vista epidemiológico, el único estudio a gran escala realizado en población general, es el estudio ECA "Epidemiological Catchment Area del National of Mental Health" (Regier et al 1990).

Dicho estudio se realizó en 20.291 individuos y comprendió muestras de población general y centros de tratamiento (hospitales psiquiátricos, residencias asistidas, prisiones y comunidades terapéuticas).

Los Resultados del estudio ECA "Epidemiological Catchment Area" del National of Mental Health, se describen a continuación:

Prácticamente un tercio (28,9%) de los sujetos que presentan un trastorno psíquico han presentado el diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias en algún momento (22% trastorno por alcohol y 15% otro trastorno por sustancias).

El 36,6% de los sujetos con un diagnóstico de trastorno por alcohol han experimentado un trastorno psíquico, siendo la comorbilidad más prevalente la siguiente:

- Los trastornos de ansiedad (19%).
- Los trastornos de Personalidad antisocial (14%).
- Los trastornos afectivos (13%).
- Esquizofrenia (4%).

La mitad (53,1%) de los sujetos con trastorno por sustancias han presentado un trastorno psíquico, siendo la comorbilidad más prevalente la siguiente:

- Los trastornos de ansiedad (28%)
- Los trastornos afectivos (26%).

- Los trastornos de Personalidad antisocial (18%).
- Esquizofrenia (7%).

Con relación a otros estudios, el estudio NCS (National Comorbidity Survey), también realizado en Estados Unidos, arrojó unas tasas de prevalencia de comorbilidad mayores aunque concordantes con el estudio ECA.

El British Psychiatric Morbidity Survey obtuvo unas tasas moderadamente altas de dependencia de alcohol y otras sustancias entre pacientes con trastorno psíquico.

En resumen, tanto la encuesta ECA como la NCS indican que las tasas de comorbilidad entre los pacientes tratados en los servicios de salud mental son mayores; esto en parte es debido al hecho de que los sujetos con trastornos por sustancias y otros síntomas como la presencia comórbida de ansiedad o depresión es más probable que acudan a tratamiento.

## MODELOS EXPLICATIVOS

Existen diversas hipótesis entomo a los mecanismos que provocan la asociación psicopatológica que constituye el trastorno dual.

Se han propuesto varios modelos explicativos que ayudan a comprender el fenómeno de la patología dual y por lo tanto a desarrollar las posibles estrategias de tratamiento. Dixon et al (1990-1991).

- Modelo Etiológico.
- Modelo de Disfunción Biológica.
- Modelo de Socialización.
- Modelo de Automedicación.
- Modelo de Independencia.

## MODELO ETIOLÓGICO

Este modelo considera que el trastorno psíquico es causado o precipitado por el abuso o dependencias de determinadas sustancias psicoactivas.

Probablemente es el modelo más utilizado.

Existen diversos argumentos a favor que se desarrollan a continuación.

### Trastorno Psíquico Inducido por sustancias (TPIS)

Entre los argumentos a favor destacan los siguientes:

- Diversos estudios (Dixon 1990, 1991, Hambrecht 1996, Kosten 1997) refieren que los pacientes con esquizofrenia que consumen drogas tiene una edad de inicio de la psicosis más temprana.

- Los pacientes esquizofrénicos abusan preferentemente de sustancias que inducen psicosis (Baigent 1995, Selzer 1993).
- Mueser (1990), pacientes esquizofrénicos, esquizofreniformes y esquizoafectivos, el alcohol era la sustancia más abusada por encima de cannabis, estimulantes y alucinógenos.

## MODELO DE DISFUNCIÓN BIOLÓGICA

Este modelo considera que un trastorno en el funcionamiento del sistema dopaminérgico puede aumentar la vulnerabilidad tanto a la esquizofrenia como al abuso de sustancias en algunos pacientes.

Entre los argumentos a favor destacan los siguientes:

- Diversos estudios demuestran el papel del sistema dopaminérgico en las funciones de refuerzo y recompensa.
- Existen evidencias indirectas que implican a la dopamina en la esquizofrenia como es el hecho de que los fármacos neurolepticos que bloquean la transmisión dopaminérgica sean eficaces en el tratamiento de algunos síntomas.

## MODELO DE SOCIALIZACIÓN

En este modelo se plantea el uso de drogas por los pacientes diagnosticados de esquizofrenia como un fenómeno socializador, proporcionando a los individuos más aislados y socialmente limitados una identidad y un grupo social (Dixon 1990).

Baigent en 1995, avalando este modelo, plantea que existe un subgrupo de pacientes para los que es más aceptable socialmente tener un problema de drogas que un trastorno psíquico. De hecho el abuso o dependencia de sustancias les ayuda a crear un sentido de identidad y de pertenencia a un grupo.

Entre los argumentos a favor destaca:

- Estudios realizados sobre las declaraciones de los propios pacientes (Mueser 1995, Selzer 1993).

## MODELO DE AUTOMEDICACIÓN

Este modelo se basa en que muchos de los pacientes que desarrollan una dependencia de heroína, lo hacen porque sufren unos trastornos con sustrato biológico que, directa o indirectamente, les abocan al consumo de opiáceos como una forma de autotratamiento.

Entre los argumentos a favor destacan los siguientes:

- A lo largo de la historia de la medicina se han empleado sustancias psicoactivas que hoy se denominan drogas como armas terapéuticas.
- Las drogas y algunos psicofármacos poseen mecanismos de acción similares. El efecto antipsicótico de los opiáceos incluye una disminución del funcionalismo dopaminérgico como los neurolépticos; la cocaína inhibe la recaptación presináptica de monoaminas como lo hacen algunos antidepresivos.

Así ya en épocas muy pretéritas se utilizaban diversas mezclas con derivados del opio para tratar diferentes enfermedades (receta de Ficonio, Triaca de Galeno, Diascordium).

Así mismo a finales del siglo XIX tenemos otro ejemplo en el Vin Mariani precursor de la Coca-Cola.

## MODELO DE INDEPENDENCIA

Este modelo se basa en que los trastornos de uso de drogas y la esquizofrenia; tienden a coincidir.

Ambos trastornos tienden a coincidir por su elevada prevalencia en la población juvenil, resultando lógico suponer que, una vez que se ha producido la coincidencia, se establezcan influencias recíprocas entre ambos (Castañeda 1991).

Entre los argumentos a favor destaca:

- Las razones de los pacientes esquizofrénicos para el abuso de las drogas son similares a las aducidas por individuos sin esquizofrenia, incluyendo la socialización y la automedicación.

A los clínicos nos ha asaltado una duda ¿y si son manifestaciones distintas de una misma patología?

Vamos a intentar comparar ambas patologías (Adicción y Esquizofrenia).

Los mecanismos neurobiológicos en ambas entidades son muy parecidos, estando implicados los sistemas Dopaminérgico, Serotoninérgico, Glutamatergico, Sistema Opiode, Sistema Cannabinoide, ...; Así mismo el sustrato neuroanatómico es también muy similar, vías mesocorticolímbicas, con especial relevancia en ambos casos del núcleo accumbens.

Desde hace muchos años se viene definiendo la esquizofrenia como de curso crónico y deteriorante, siendo de gran importancia las recidivas. Ya Kraepelin cuando hablaba de la demencia precoz decía que tenía una tendencia a la

cronicidad, bien por evolución progresiva, bien por sucesión de brotes, terminando en una forma de debilitamiento parademencial; en la actualidad se habla de una correlación negativa entre funcionamiento social y número de recaídas sufridas, así mismo en clínica se ve que los pacientes que recaen necesitan más tiempo para recuperar el estado clínico y nivel funcional previos.

También la adicción se viene definiendo como enfermedad crónica, O'Brien y Cols decían en el 96 que las drogas con capacidad adictiva producen cambios en las vías de transmisión del S.N.C. que permancen largo tiempo. El problema de la recaída es fundamental para comprender los procesos adictivos. Desde un punto de vista bioquímico reclama una atención especial las alteraciones inducidas por las drogas en el sistema de refuerzo que tienen como consecuencia el mantenimiento de la conducta adictiva y los procesos de recaída.

Si nos fijamos en cuáles son las causas que producen una recaída o recaída nos encontramos que en el caso de la esquizofrenia serían el incumplimiento de la medicación, el impacto de acontecimientos vitales adversos, el abuso de sustancias y la resistencia terapéutica; que son casi iguales que las causas de recaída en la adicción, consumo de sustancias, estímulos condicionados, inducción a un estado de estrés.

Incluso en los tratamientos hoy en día propuestos para ambas patologías son muy similares.

Hoy podemos decir que la adicción puede entenderse como una adaptación gradual del cerebro a la exposición crónica a la droga (neuroadaptación). Y podemos lanzar la hipótesis de que la adicción es una forma aberrante de aprendizaje, mediada por una mala adaptación de ciertos sistemas neuronales implicados en la memoria.

Hoy en día en la etiología de la esquizofrenia se habla de una alteración del neurodesarrollo. Si en este neurodesarrollo, al margen de alteraciones genéticas o ambientales (virus, ...), introducimos una sustancia con capacidad de alterar muchos sistemas, ¿no tendríamos a lo largo de la evolución del individuo síntomas que remedan el proceso adictivo?

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

A continuación se desarrolla un programa específico de evaluación y tratamiento de la patología dual.

Este programa se basaría en:

- Establecer diagnósticos clínicos uniformes.
- Elaborar un programa asistencial de intervención integrada de la comorbilidad psiquiátrica ligada al consumo de sustancias psicoactivas desde un abordaje psiquiátrico y psicoterapéutico.



- Evaluar la severidad de los trastornos tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.
- Estudiar la evolución en el tiempo de los trastornos, evaluando la eficacia, la pertinencia de los tratamientos aplicados y la aparición de nuevos trastornos y de consumos paralelos, que complicarían el pronóstico y obligaría a revisar las estrategias terapéuticas.

Uno de los problemas que surge al abordar el tratamiento de este tipo de pacientes es si debe realizarse de forma integrada por un mismo equipo terapéutico; si debe iniciarse el tratamiento de un trastorno y posteriormente del otro (modelo secuencial), o si por el contrario se deben abordar a la vez pero en diferentes dispositivos y por diferentes equipos (modelo en paralelo).

En los últimos años se ha hecho hincapié en que el tratamiento de los trastornos duales en dispositivos distintos (en paralelo) es inadecuado ya que son varios los problemas que conlleva dicho planteamiento (difícil coordinación, mensajes contradictorios...).

La literatura americana sostiene que el modelo de tratamiento integrado es más eficaz (Kofoid 1986, Rosenthal 1992) ya que parece incrementar la utilización de los servicios ambulatorios, disminuye el uso de los servicios de hospitalización, disminuye los encarcelamientos de estos pacientes, así como el vagabundeo.

A la vista de las dificultades del tratamiento en paralelo o secuencial se ha venido optando por el tratamiento integrado de los trastornos relacionados con las drogas y de los otros trastornos psíquicos comórbidos, es decir, los tratamientos de ambos trastornos se realizan simultáneamente y por el mismo equipo (Rubio, G “Tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos con las patologías adictivas”).

Pero es importante resaltar que el difícil manejo y pronóstico de estos pacientes hace necesario un sistema asistencial integrado y con la debida preparación de los dispositivos asistenciales.

Asimismo, dadas las dificultades diagnósticas y asistenciales, se requiere la utilización de instrumentos clínicos y de apoyo al diagnóstico, así como la formación continuada específica de los equipos encargados del tratamiento integral de dichos pacientes.

El modelo integrado de tratamiento permite el abordaje conjunto del consumo de sustancias con la presencia de una comorbilidad psiquiátrica, previa o concomitante sin disociarlo del aspecto somático y social.

En este tratamiento integrado se tiende a incluir: el manejo de los casos, las intervenciones en grupo, el entrenamiento en habilidades sociales, programas educativos sobre aspectos relacionados con las drogas y con

el trastorno psiquiátrico comórbido, intervenciones sobre la motivación, intervenciones familiares, intervenciones orientadas a manejar el deseo y las recaídas de consumo.

Como conclusión, se objetiva que la patología dual representa un claro reto diagnóstico y terapéutico que constituye en la actualidad uno de los aspectos fundamentales de los programas asistenciales.